

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1897-98. — N° 82.

DE
L'ACTINOMYCOSE
CUTANÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Janvier 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ferdinand VINCENT

Né le 17 mai 1875, à Romans (Drôme),

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1898

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 82.

DE
L'ACTINOMYCOSE
CUTANÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Janvier 1898

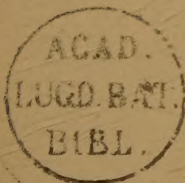
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ferdinand VINCENT

Né le 17 mai 1875, à Romans (Drôme),

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Janvier 1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLÉTON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEURS ADJOINTS

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL ^{agréé.}
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	POLLOSSON (A.)	BOYER.	BARRAL.
CONDAMIN.	ROCHET.	VALLAS.	MOREAU.
CHANDELUX.	ROLLET.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
COURMONT.	ROQUE.	DURAND.	fonctions d'agréé.
DEVIC.	ROUX.	DOYON.	BORDIER —
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. WEILL, Assesseur ;
MM. GANGOLPHE et ROLLET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR PONCET

En de douloureuses circonstances, M. le médecin principal de 2^e classe Pierrot, sous-directeur de l'École, m'a prodigué les soins les plus dévoués. Grâce à lui, j'ai pu survivre à un accident des plus graves. Qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de ma profonde reconnaissance.

M. le médecin-major de 2^e classe Janot a contribué pour une bonne part à ma guérison. Qu'il soit assuré de toute ma gratitude.

Je suis heureux de remercier M. le médecin-major de 2^e classe Riobanc des soins qu'il m'a donnés et de sa bienveillance à mon égard.

Merci enfin à ceux de mes camarades qui, pendant ces trois années d'école, m'ont témoigné de la sympathie ou de l'amitié.

F. V.

INTRODUCTION

M. le professeur Poncet a bien voulu nous donner l'idée première de ce modeste travail. Nous sommes heureux et fier d'avoir été l'élève d'un tel maître et nous emportons le meilleur souvenir de ses savantes leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu. Qu'il nous permette de lui exprimer toute notre respectueuse gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli et pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

M. le Dr Bérard, chef de clinique chirurgicale, nous a souvent aidé de ses conseils. Nous l'en remercions très vivement.

Notre thèse est une étude d'ensemble sur l'actinomyose cutanée, c'est-à-dire sur les lésions primitives ou secondaires produites par l'actinomyces au niveau du tégument. Après quelques mots d'historique et d'étiologie, nous insistons sur les voies de pénétration du parasite dans l'organisme et ses migrations jusqu'à la peau. Nous exposons ensuite l'anatomie pathologique, les symptômes,

la marche et le pronostic de l'affection. Le diagnostic est assez délicat en général, entouré de difficultés, sinon impossible dans certains cas, tant l'actinomycose cutanée simule parfois à s'y méprendre des maladies variées (pseudo-actinomycose, tuberculose, syphilis, etc.). Enfin, nous inspirant des idées de M. le professeur Poncet, nous essayons d'établir que le traitement mixte (médical et chirurgical) est d'ordinaire le traitement de choix.

Nous rapportons sept observations d'actinomycose cutanée. Les quatre premières ont trait à l'actinomycose cutanée primitive, siégeant au nez, à la joue (obs. du D^r Guillemot publiée par M. le professeur Poncet), à la nuque et aux mains. Les trois dernières ont trait à l'actinomycose cutanée secondaire : les lésions du tégument sont consécutives à des lésions profondes de la face, des poumons et du tube digestif (S iliaque).

Nous divisons notre travail de la manière suivante :

Chapitre premier. — *Historique.* — *Etiologie.*

Chapitre II. — *Anatomie pathologique.*

Chapitre III. — *Etude clinique.* — *Marche, Pronostic.*

Chapitre IV. — *Diagnostic.*

Chapitre V. — *Traitement.*

Chapitre VI. — *Observations.*

Conclusions.

DE

L'ACTINOMYCOSE CUTANÉE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE — ÉTIOLOGIE

Historique.

C'est en 1888 que l'actinomycose cutanée fut mentionnée pour la première fois par un auteur allemand, Müller de Tübingen. Jusque là les lésions actinomycosiques observées étaient des lésions des parties profondes (os, muscles, tissu cellulaire sous-cutané, etc.); sans doute, dans la majorité des cas, elles finissaient par envahir la peau, l'ulcérer et déterminer la formation des fistules. Mais les altérations du tégument étaient alors secondaires; elles passaient à peu près inaperçues et le clinicien comme l'anatomo-pathologiste ne se préoccupaient guère que des lésions primitives sous-cutanées.

En 1888 Müller rapporta le premier cas d'actinomycose cutanée primitive. Il s'agissait d'une femme de vingt-huit ans qui s'était planté accidentellement un morceau de bois à la base du médius droit. Deux ans après survint une tumeur et du pus qui fut reconnu actinomycosique. Depuis, Bertha, Braatz, Hartmann, Hochenegg, Kaposi, Leser,

Luhrs, Partsch, Tilanus à l'étranger, Darier et Gauthier, Dubreuilh et Sabrazès, Legran, Poncet, Thiriar, etc.; en France, publièrent de nouvelles observations d'actinomyose cutanée. Enfin Taburet (thèse, Bordeaux, 1893), Monestié (thèse, Paris, 1895), Raingeard (thèse, Paris, 1896) firent de l'actinomyose cutanée le sujet de leur thèse de doctorat. A la suite des travaux précédents, cette affection a pris place au milieu des maladies de la peau. Qu'elle soit primitive ou secondaire, peu importe, pourvu que, dans le dernier cas, les lésions du tégument soient prédominantes: elle est étudiée au même titre que le lupus, les syphilides, etc., elle constitue une entité morbide nettement définie.

B. **Etiologie.**

Cause efficiente. — La morphologie et les propriétés de l'actinomyose sont trop connues pour que nous ayons à les exposer ici. (Consulter l'ouvrage de Guérmonprez et Bécue : *Actinomyose*, Paris, 1894.)

Causes prédisposantes. — Ce sont les mêmes que celles de l'actinomyose en général. Les voici brièvement énumérées :

L'âge semble n'avoir aucune influence.

Le sexe masculin est plus fréquemment atteint, sans doute à cause de la nature de ses occupations.

La profession. Les bouviers, les palefreniers, les moissonneurs, les bouchers, les tanneurs, — en un mot tous les individus qui, par leur métier, sont exposés à des contacts multiples avec les végétaux ou les animaux, contractent plus aisément l'actinomyose cutanée.

L'humidité est également favorable au développement de l'actinomyces.

La saison. L'actinomycose cutanée se développe de préférence au mois de juillet et d'août, car la récolte s'effectue à cette époque de l'année.

Le genre d'alimentation. Nul doute que l'actinomyces, qui peut vivre et se multiplier chez le bœuf, le veau ou le porc, ne soit capable d'infecter l'homme par l'intermédiaire des viandes avariées.

Le pays. La grande consommation de viandes de porc en Allemagne explique la fréquence de l'actinomycose en ces pays. Pour la même raison, l'Autriche et l'Amérique sont également assez éprouvées.

Le traumatisme. Le rôle du traumatisme est double. Tantôt il ouvre directement la porte à l'infection (cas de Müller, cas du Dr Guillemot publié par M. le professeur Poncet). Par la plaie ainsi faite, l'agent vulnérant introduit le champignon qui s'implante et se multiplie dans le derme. Tantôt il prépare la voie à l'infection primitive ou secondaire en diminuant la vitalité des tissus ou en déterminant, à leur niveau, une inflammation chronique qui prépare le terrain à l'invasion du parasite. Luhrs rapporte le cas d'un individu chez lequel le contact permanent de la guide de son chariot avec la nuque détermina à ce niveau une inflammation chronique et, plus tard, une localisation de l'actinomyces (obs. III). Chez le malade de l'observation VI, une chute à la renverse semble avoir déterminé des manifestations cutanées multiples consécutives à des lésions pulmonaires de même nature.

Voies de pénétration. — Elles sont au nombre de quatre :

1° Pénétration par effraction cutanée.

2° Pénétration par la muqueuse buccale érodée ou malade.

3° Pénétration par l'appareil respiratoire.

4° Pénétration par le tube digestif.

Premier cas. — Dans l'actinomycose cutanée primitive, une érosion des téguments est nécessaire. Le derme ou les couches profondes de l'épiderme mis à nu, le champignon s'y implante et colonise. Mais d'où vient l'agent contagieux ?

a) Il est transmis de l'animal à l'homme : Un jeune homme, chargé de presser le pus d'un abcès actinomycosique chez un bœuf, s'inocule au nez avec ses doigts porteurs du contage (obs. I)

b) La transmission s'effectue de l'homme à l'homme. Ex : Un jeune homme contamine sa fiancée en l'embrassant.

c) D'autres fois un support inanimé, un vieux morceau de bois, par exemple (cas de Müller, obs. IV), des débris de végétaux (orge, blé) ou bien la peau d'un animal porteur durant sa vie de lésions actinomycosiques (bouchers, tanneurs, etc.), servent d'intermédiaire et infectent l'homme par leur contact avec une plaie cutanée.

Deuxième cas. — C'est un des modes de pénétration les plus fréquents. Le champignon s'introduit au niveau des dents cariées ou par effraction en un point quelconque de la muqueuse buccale pour venir coloniser à la face ou à la région sous-maxillaire.

Troisième cas. — Raingeard a publié une observation remarquable d'actinomycose cutanée consécutive à des lésions pulmonaires (Raingeard, *Des manifestations cuta-*

nées de l'*actinomyco*se, thèse, Paris, 1896). Il s'agit d'un enfant de six ans depuis longtemps porteur de lésions pulmonaires actinomycosiques. Une chute semble avoir déterminé les localisations multiples observées au niveau de la peau.

Quatrième cas. — On a cité des cas d'actinomyco^{se} pharyngienne, œsophagienne (Garde, *Actinomyco^{se} œsophagienne*, thèse, Lyon, 1896) ; d'actinomyco^{se} intestinale, typhlo-appendicite, etc. (Chiari, Cromer et Lemann, Feurer¹, Van der Stroeten²).

Migrations du parasite. — Lorsqu'il y a effraction cutanée, le champignon détermine au point même d'inoculation les lésions cutanées actinomycosiques. Il n'en est plus de même quand la voie de pénétration est au niveau de la muqueuse buccale, de l'appareil respiratoire ou du tube intestinal. Le tégument n'est atteint qu'après migration du parasite depuis son entrée dans l'organisme. Dans tous ces cas, l'actinomyces procède généralement par envahissement progressif des tissus, creusant des galeries par un travail de taupinière (Poncet et Bérard), avançant le long des gaines vasculaires ou des interstices cellul^{eux} pour englober finalement en un même foyer tous les plans d'une même région. Mais ce processus est parfois assez lent pour que les lésions se réparent après le passage du champignon et qu'il soit ensuite assez difficile de se rendre compte des dégâts primitifs.

C'est ainsi qu'inoculé au niveau des gencives l'actino-

¹ Feurer de Saint-Gall, *Revue mèd. de la Suisse romande*, 1891.

² Van der Stroeten, *Bull. de l'Acad. de mèd. de Belgique*, 1891.

myces détruit successivement la muqueuse, les muscles, le tissu cellulaire et n'apparaît qu'en dernier lieu au niveau des téguments.

Le parasite est-il primitivement localisé dans les poumons ? Il s'établit une symphyse pleurale, puis les tissus sous-jacents surtout le tissu cellulaire sont envahis, et en dernier lieu la peau de la région thoracique ou axillaire. Ce mode de propagation se produisit chez le malade de l'observation VI : à l'autopsie on constata l'existence de travées celluleuses dégénérées qui reliaient les volumineuses tumeurs du dos au poumon correspondant. Il en est de même dans les cas d'actinomycose cutanée consécutive à des lésions intestinales. Exceptionnellement, le champignon partant d'un tissu ou d'un organe infecté (cerveau, foie, etc.) se localise à distance sans lésions des parties intermédiaires. Il faut alors admettre la production d'embolies sanguines ou lymphatiques. L'actinomyces pénètre par effraction dans un vaisseau et vient coloniser en un point quelconque du tégument. C'est par ce mécanisme qu'il faut vraisemblablement expliquer la formation des macules et vésicules observées chez le malade de l'observation VI : bien que les plans sous-cutanés fussent envahis, macules et vésicules semblaient indépendantes de ces altérations.

Les voies de pénétration du parasite, ses modes de migration rendent compte des sièges variés de l'actinomycose cutanée. On a rencontré cette affection au cuir chevelu, à la face, à la nuque, au cou, au thorax, à l'abdomen, aux membres, en un mot dans toutes les régions du tégument. Mais c'est à la face et aux mains qu'elle apparaît de préférence. La fréquence

de l'*Actinomyces cutis faciei* résulte de la fréquence de pénétration du champignon par la voie buccale. Si les doigts sont atteints dans bon nombre de cas, il faut invoquer la fréquence des érosions à leur niveau et les manipulations imposées par certaines professions (moissonneurs, bouchers, tanneurs, etc).

Des considérations précédentes il résulte que l'actinomyose cutanée est primitive ou secondaire :

1° Primitive, quand elle succède à une inoculation directe du tégument ;

2° Secondaire, lorsqu'elle résulte d'une pénétration à distance du parasite au niveau de la muqueuse buccale, des poumons, du tube digestif et de sa migration, depuis le point d'entrée jusqu'à la peau par envahissement progressif des tissus, exceptionnellement par embolies lymphatiques ou sanguines. Cette forme est de beaucoup la plus fréquente.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'actinomyose cutanée comprend les formes suivantes :

I. Forme érythémateuse (macules, érythème proprement dit).

II. Forme vésiculeuse.

III. Forme nodulaire.

IV. Formes mixtes (anthracoïde, gommeuse, etc.).

I. **Forme érythémateuse.**— Les caractères macroscopiques des macules et de l'érythème seront décrits au chapitre suivant. Quant aux lésions histologiques, elles sont peu connues. On sait seulement que dans l'érythème les altérations sont superficielles, tandis que les macules envahissent assez profondément le derme.

II. **Forme vésiculeuse.** — Dans une première variété il s'agit d'une tourniole, d'un simple abcès sous-épidermique. Dans une deuxième variété, la vésicule est constituée aux dépens du derme entier. Les fibres conjonctives se dissocient. Des fongosités mollasses, très vasculaires, saignant au moindre contact, se développent à l'intérieur de la cavité ainsi formée. Il y a peu ou point de liquide. Généralement séreux, opalescent, ce liquide devient parfois trouble, purulent : il y a une infection sur-

venue, tantôt spontanément en apparence, tantôt à la suite d'une déchirure accidentelle de la cuticule. Dans tous les cas il se forme une ulcération superficielle à fond grisâtre, à bords décollés, donnant lieu à un suintement louche ou même purulent ; la guérison peut survenir, mais il subsiste une légère cicatrice.

III. Forme nodulaire. — C'est de beaucoup la plus fréquente; elle est caractérisée par l'existence de nodules en nombre variable au sein du derme. Une fois fixé dans le derme, l'actinomyces détermine, par diapédèse des globules blancs et prolifération des cellules conjonctives, la formation d'un nodule infectieux très semblable au follicule tuberculeux de Köster. Autour du grain jaune qui tient lieu de cellule géante s'entassent des cellules aplaties, épithélioïdes ; au delà des globules blancs se disposent en couronne, tandis que, plus en dehors, les éléments fixes du tissu malade opposent une barrière conjonctive à l'infection. La cellule géante fait défaut, ou du moins est exceptionnelle dans le nodule actinomycosique. On ne la rencontre guère que dans les vieux nodules en voie de résorption (Pawlowski et Maksoutow). Les cellules les plus internes en contact avec le champignon subissent la dégénérescence et la fonte granuleuses ; les moins malades présentent seulement un état de tuméfaction trouble (Unna et Audry). De la destruction des cellules centrales résulte une collection liquide, un abcès miliaire au centre duquel se trouve le grain jaune. Plusieurs actinomyces situés les uns à côté des autres déterminent la formation d'un gros abcès.

L'abcès est constitué. Etudions maintenant la structure de sa paroi et la nature de son contenu.

Le contenu est un liquide séro-sanguinolent, peu fluide, tenant en suspension quelques grumeaux et des grains d'actinomyces.

La paroi présente deux zones: l'une externe, conjonctive, l'autre interne, molle et fongueuse. La zone interne est en contact immédiat avec le liquide. Elle est tapissée de bourgeons charnus et formée de cellules embryonnaires ou fusiformes, qui s'organisent de plus en plus vers la périphérie, jusqu'à donner un vrai tissu fibreux. Au milieu de ce tissu conjonctif adulte, qui constitue la zone externe, on trouve des vaisseaux en grand nombre dont la persistance et l'intégrité à peu près complète expliquent la tendance à la cicatrisation des lésions actinomycosiques (Israël, *Soc. de méd. Berlinoise*, 1888). Les vaisseaux lymphatiques et les ganglions ne seraient pas touchés, suivant Taburet. Monestié a constaté l'engorgement ganglionnaire dans quelques cas et ne sait trop s'il doit l'attribuer à l'actinomyces ou à une infection banale surajoutée. Cependant il paraît pencher vers l'opinion d'Emmerich Ulmann qui nie la spécificité. Pour cet auteur il s'agirait d'un engorgement secondaire, dû à la présence du staphylocoque doré qu'il a trouvé dans le pus actinomycosique (*Wiener Med. Presse*, 1888). MM. Poncet et Bérard reconnaissent que les lymphangites et adénites mycosiques constituent des raretés.

Les lésions nerveuses ne sont guère connues. Il est probable que les douleurs intenses notées parfois dans l'actinomycose sont dues à la compression des filets nerveux par la prolifération conjonctive. Les follicules pileux, les glandes sudoripares et sébacées, comprimés de toutes parts, ne tardent pas à s'atrophier et à disparaître.

A mesure que le parasite avance, les tissus voisins sont le siège de phénomènes congestifs plus ou moins diffus, généralement chroniques qui aboutissent à la production d'un œdème intermédiaire entre la dureté des tumeurs et l'empâtement plus mou des inflammations. Au bout d'un certain temps, les téguments mamelonnés deviennent violacés, s'amincissent, s'ulcèrent. De là, des fistules multiples, aux bords livides et décollés, au trajet rectiligne ou flexueux, tapissé de bourgeons charnus, d'où s'écoule une sérosité louche, parsemée de grains jaunes et de fongosités molles et vasculaires. Parfois la sérosité fait place à du pus. On admet alors que des infections secondaires se sont produites. Bollinger et Netter croient cependant au pouvoir pyogène de l'actinomyces.

Sur une coupe de la peau au niveau d'une ulcération on constate à l'examen histologique les lésions suivantes (fig. 1) : l'épiderme est infiltré dans ses couches profondes par de la sérosité et un grand nombre de leucocytes. Sérosité et leucocytes ont dissocié les éléments du corps muqueux de Malpighi et déterminé dans certaines de ses cellules la formation de vacuoles, la dégénérescence granuleuse ou hyaline, la disparition presque complète du stratum lucidum et, par contre, l'hypertrophie de la couche cornée.

Dans le derme, il y a une infiltration diffuse de globules blancs avec destruction des travées conjonctives et des fibres élastiques normales, altération précoce et disparition des glandes sudoripares et sébacées et remplacement du tissu normal par un tissu réticulé à des stades d'organisation variable.

Mais les lésions actinomycosiques ne s'étendent pas

seulement en surface, elles gagnent aussi les parties profondes. La progression se fait, comme nous l'avons vu précédemment, par continuité. Le champignon suit les voies de moindre résistance : gaines vasculaires, interstices cellulaires, etc. Dans son trajet, il pénètre exceptionnellement dans un vaisseau sanguin ou lymphatique, déterminant ainsi des embolies viscérales (foie, rate, reins, etc.), ou des embolies séreuses (méninges, péricarde, plèvres et péritoine). Finalement, tous les tissus peuvent être successivement envahis depuis le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'au tissu cellulaire intramusculaire ou périvasculaire jusqu'au périoste, à l'os et même aux organes profonds.

IV. Formes mixtes. — Nous rangeons dans ce groupe des formes d'actinomycose cutanée qui résultent de l'association des formes précédemment décrites. Elles n'offrent rien d'intéressant au point de vue anatomopathologique.

Le mode d'infection de la peau ne semble pas avoir une grande influence sur la nature des lésions cutanées. Que l'actinomycose cutanée soit primitive ou secondaire, on peut observer dans les deux cas les formes précédemment décrites. Dans l'actinomycose cutanée primitive, la forme nodulaire est la règle, la forme vésiculaire l'exception (cas de Müller, obs. IV). Les macules paraissent également se développer parfois en dehors de toutes lésions actinomycosiques viscérales ou autres. A la Société de médecine de Vienne (séance du 1^{er} avril 1887), Kaposi



FIG. 1. — Coupe de la peau au voisinage d'une ulcération actinomycosique.

- a) Epiderme avec infiltration embryonnaire des couches profondes.
- b) Groupe de cellules épidermiques atteintes de dégénérescence hyaline ou granuleuse.
- c) Altération des couches cornées avec hypertrophie des lames périphériques.
- d) Derme avec altération des papilles consistant en la disparition des éléments nerveux, des vaisseaux, des glandes, etc.
- g) Coupe transversale d'une glande sudoripare atteinte de sclérose et d'infiltration embryonnaire.
- n) Grain jaune parasitaire formant le centre d'un nodule infectieux à tendance fibreuse.

a communiqué l'observation d'un homme de trente-six ans porteur à la région thoracique d'une éruption polymorphe : macules et nodules. La multiplicité des lésions, leur dissémination sur une large surface permettent d'exclure l'infection cutanée directe. D'autre part, l'absence de lésions de même nature du côté des tissus ou organes au moment du début de l'affection (du moins l'observation n'en mentionne pas) fait éliminer le diagnostic d'actinomycose cutanée secondaire. L'hypothèse suivante seule peut dès lors être invoquée : une érosion accidentelle de la muqueuse digestive ou intestinale a vraisemblablement livré passage à l'actinomyces qui, après effraction vasculaire, sans déterminer de lésions viscérales ou autres, a été directement emporté par le courant sanguin ou lymphatique, au niveau de la peau du thorax où il a colonisé et produit une éruption polymorphe. Il s'agirait donc ici d'une actinomycose cutanée primitive analogue aux actinomycoses primitives du foie ou du péritoine.

Dans l'actinomycose cutanée secondaire la peau est infectée par embolie ou par envahissement progressif des tissus par le champignon. Dans le premier cas les lésions observées sont tantôt des nodules (le plus souvent), tantôt des macules ou des vésicules. Dans le second cas la peau, d'abord saine et mobile, finit par s'adhérer aux plans sous-jacents primitivement atteints et à la période d'ulcération elle présente les altérations histologiques décrites plus haut et représentées dans la figure 1.

Quant à l'érythème proprement dit, il n'existe jamais à l'état isolé; aussi sa formation est-elle liée à celle des lésions qu'il accompagne.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE — MARCHÉ ET PRONOSTIC

Etude clinique.

Nous adoptons ici la division établie au début de notre étude anatomo-pathologique.

SYMPTÔMES LOCAUX

1. **Forme érythémateuse.** — a) *Macules.* — Leur teinte varie d'un rouge très vif à un rouge très foncé et même au bleu. Parfois lisses, elles présentent généralement une surface irrégulière. A leur niveau, la peau est sèche, parcheminée et translucide. Aux angles, on aperçoit des traînées jaunâtres. Pas de dépression ni de saillie. Pas de fluctuation. Sous l'influence de l'iodure de potassium elles disparaissent complètement.

b) *Erythème proprement dit.* — Cette variété est constituée par des plaques brillantes, rouges, à contours irréguliers. Ces plaques diffèrent des macules non seulement par leur forme, leur aspect, mais encore par ce fait qu'elles siègent toujours au voisinage d'autres lésions actinomycosiques.

Que devient cet érythème? Chez le malade de l'observation VI, on vit l'enduit vernissé de la plaque sternale

disparaître en quelques points; de là, quelques petites ulcérations superficielles, dont quelques-unes parvinrent à se fusionner : leurs bords n'étaient pas décollés ; le fond était d'un rouge vif. Puis, à la périphérie apparut un liséré bleuâtre, tandis que, de la périphérie vers le centre, se déposèrent des grains jaunes d'actinomyces. Quand le malade mourut, la teinte jaune avait fait place à une coloration grisâtre ; mais l'ulcération était plus profonde.

II. Forme vésiculeuse. — La variété superficielle ne diffère pas au point de vue clinique de la tourniole : abcès sous-épidermique banal.

La variété profonde, formée aux dépens du derme lui-même, a été bien décrite par Raingeard ¹. « Sur un tissu cutané, absolument sain, dit cet auteur, on voit une vésicule pouvant atteindre 1 centimètre de diamètre. Elle est ronde ou ovale et forme une saillie de 1 à plusieurs millimètres. Cette vésicule est convexe, translucide ; elle laisse deviner au travers le contenu de la tumeur sous-jacente. Elle est colorée. Sa teinte est variable, mais toujours bleutée ; tantôt elle tire sur le rouge, tantôt sur le violet ; cette teinte finit à l'anneau d'insertion. Celui-ci, sur une étendue de 1 ou 2 millimètres, présente une coloration rouge qui se perd insensiblement sur la peau saine. La peau est soulevée dans ses couches superficielles et la vésicule fait partie d'une tumeur dont elle occupe le centre ou une région voisine. Le tout forme une tuméfaction ovale ou arrondie, pouvant atteindre jusqu'à 1 centimètre et demi de diamètre

¹ *Des manifestations cutanées de l'actinomycose* (thèse, Paris, 1896.)

et 1 demi centimètre d'élévation ; la partie la plus convexe est la partie vésiculeuse. La région périphérique soulevée paraît saine en dehors de l'aréole inflammatoire et notamment plus épaisse que la région translucide dont la minceur semble extrême. Si on touche la peau amincie et modifiée de la cuticule, on a une sensation de sécheresse tout à fait particulière ; aucun exsudat ne se forme à sa surface et les poils, abondants ailleurs, ont entièrement disparu. On voit par transparence quelques granulations rougeâtres, à bords plus jaunes. Ces granulations, de 1 millimètre de diamètre environ, paraissent flotter dans une sérosité peu abondante ; on les déplace facilement par le palper. C'est en vain que l'on cherche une fluctuation nette, la tumeur ne paraît formée que de fongosités. Celles-ci sont masquées par la teinte plus ou moins foncée de la cuticule. » Qu'elles soient isolées ou agminées sous forme de cordons (cordons de Koehler), les vésicules donnent généralement lieu à des ulcérations. La cuticule disparaît et il s'écoule une sérosité purulente où l'on trouve en abondance des grains d'actinomyces. Le fond de l'ulcère est grisâtre, les bords sont décollés. Si la guérison survient, il se forme une croûte assez épaisse, noirâtre, qui, à sa chute, laisse une légère cicatrice.

III. Forme nodulaire. — Elle est caractérisée par l'existence de nodules au sein du derme. Chaque nodule présente un volume variable suivant la période de son évolution, depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'une petite noix. Il fait corps avec la peau et se déplace avec elle. Sa consistance, dure au début, ne tarde pas à devenir moins ferme au centre, « donnant alors l'impres-

sion d'une coque fibreuse, remplie d'une masse mollassse où l'on peut percevoir une fausse fluctuation (Taburet) ».

Le nombre des nodules est variable : tantôt il n'y a qu'un seul nodule, tantôt il y en a plusieurs irrégulièrement distribués à la surface des téguments. Dans ce dernier cas, ils peuvent rester isolés, d'où l'aspect mamelonné de la région ; ou bien ils se réunissent sous forme d'une tumeur unique, bosselée, que l'on a comparée à une tomate. Au bout d'un temps variable la peau devient lisse, brillante ; elle s'amincit, rougit ; parfois une phlyctène apparaît au sommet de la tumeur et devient le point de départ de l'ulcération.

La peau ulcérée, subsiste une fistule remplie de bourgeons charnus et saignant facilement, fistule qui conduit dans une cavité tapissée de fongosités. De l'orifice extérieur s'écoule en petite quantité un liquide séro-sanguinolent avec grains d'actinomyces, parfois même franchement purulent par infection surajoutée. Puis de nouveaux nodules apparaissent, de nouvelles fistules se forment ; les parties du tégument situées entre les ouvertures cutanées ou autour d'elles se modifient, deviennent érythémateuses avec par places des squames épidermiques. La région malade présente alors un aspect tout spécial. De teinte violacée surtout au centre, elle est inégale, bosselée. Les parties saillantes n'ont pas toutes la même consistance : les unes sont molles, presque fluctuantes, les autres sont dures. Elles reposent toutes sur une base à peu près ligneuse au toucher et plus étendue que la rougeur cutanée. Ça et là, au sommet des petits mamelons, on distingue une petite phlyctène roussâtre ou une croûte jaunâtre qu'on enlève aisément. La température locale est augmentée. Ces

lésions ont une marche progressivement envahissante. Elles s'étendent en surface comme en profondeur : en surface, par une infiltration diffuse de cellules embryonnaires ou l'apparition de nouveaux nodules ; en profondeur, par la formation de prolongements infiltrés qui pénètrent à travers les muscles parfois même jusqu'aux os. Cependant en certains points on peut noter une tendance à la guérison ; des fistules se ferment, des ulcérations se cicatrisent vers les parties centrales, mais à la périphérie le champignon n'en continue pas moins sa marche envahissante. Parfois l'aspect des lésions est différent : la collection primitive est insignifiante, mais laisse après évacuation des ulcérations chroniques à bords décollés, livides, à fond gris rougeâtre, putrilagineux, atone, parsemé de grains jaunes (forme ulcéreuse de Leser).

Nous venons d'étudier les symptômes de la forme nodulaire primitive ou consécutive à une embolie (rare). Le plus souvent le nodule est d'abord sous-cutané et détermine tôt ou tard des lésions de la peau par continuité de tissu. La peau mobile au début finit par lui adhérer ; elle rougit, s'ulcère. Le tableau clinique est alors identique à celui de la période d'état des formes nodulaires, primitive ou embolique. Aussi est-il inutile d'y insister davantage.

Nous avons vu au chapitre précédent que l'actinomycose s'accompagne rarement de lymphangites et surtout d'adénites purement mycosiques.

La douleur est généralement faible, elle peut même faire complètement défaut. Mais il est des cas où elle est des plus vives : intermittente, exagérée par une pression légère, elle trouble le sommeil, l'appétit. Elle revêt parfois le type névralgique.

IV. **Formés associées.** — L'érythème proprement dit n'existe jamais à l'état isolé, il accompagne toujours les autres formes d'actinomyose cutanée. Les macules, au contraire, peuvent être, momentanément du moins, la seule manifestation de l'actinomyose cutanée (obs. de Kaposi, *Soc. de méd. de Vienne*, 1^{er} avril 1887). Dans cette observation l'affection débuta par une tache rouge de la grandeur d'un florin au niveau du pectoral gauche ; mais au bout de six mois elle se transforma en un nodule de la grosseur d'une petite noix. De même, les vésicules et les nodules peuvent constituer à eux seuls toutes les lésions cutanées. Mais, d'une façon générale, les formes cliniques de l'actinomyose cutanée se combinent les unes avec les autres pour constituer des formes mixtes. Tantôt à côté de nodules apparaissent un certain nombre de macules. Tantôt macules et vésicules se développent en une même région du tégument. D'ordinaire, l'érythème vient compliquer la forme nodulaire, de telle sorte qu'à la période d'ulcération les fistules s'ouvrent à l'extérieur sur un fond rouge, violacé. Parfois l'aspect des lésions rappelle le lupus ; il n'y a pas encore d'ulcération, mais la peau est violacée, amincie ; d'où le nom de lupus actinomycosique que Leser a donné à cette variété clinique.

De ces formes mixtes, il en est deux particulièrement intéressantes au point de vue clinique, ce sont les formes anthracoïde et gommeuse : association des formes nodulaire et erythémateuse avec lésions sous-cutanées concomitantes.

La forme anthracoïde présente un très grand nombre de fistules donnant à la lésion l'aspect d'un crible. Il y a peu ou point de suppuration. Nulle part il n'y a de col-

lection liquide bien marquée. La peau est rouge ou violacée.

Dans la forme gommeuse, le tégument d'abord rosé devient rouge vineux. Des fistules s'ouvrent par place ; puis les unes se ferment, tandis que d'autres apparaissent parfois à distance. L'épiderme desquame en fines lamelles, surtout sur les bords. Ça et là il y a des croûtes noirâtres de pus et de sang concrété, oblitérant une fistule ; de temps en temps la croûte tombe et par l'orifice cutané sortent des bourgeons charnus, gélatiniformes, mollasses et translucides.

La surface de la peau est creusée de sillons grands ou petits, profonds ou superficiels. Elle est parsemée de taches particulières : taches Derville-Monestié, violacées ou ardoisées, régulièrement arrondies ou non. Ces taches présentent des dimensions variables depuis une tête d'épingle jusqu'à une lentille. L'épiderme sus-jacent est translucide et paraît recouvrir des bourgeons charnus. Des fistules peuvent apparaître à leur niveau.

Il est enfin des cas où les lésions cutanées de l'actinomycose simulent des affections diverses : tuberculose, syphilis, etc. ; parfois même elles ne ressemblent absolument à rien (Poncet).

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX

L'actinomycose cutanée est généralement apyrétique. La fièvre au début est le résultat d'une infection ou d'une complication ; à la période terminale, dans les cas anciens avec lésions cutanées étendues, elle peut apparaître sous forme de fièvre hectique continue : en même temps l'état général s'altère, l'individu maigrit, se

débilité. On a noté parfois de la céphalée, de l'insomnie, de l'inappétence.

Marche — Pronostic.

L'actinomyose cutanée primitive est une affection essentiellement chronique. Abandonnée à elle-même, elle a une marche progressive, parfois interrompue par des rémissions momentanées ; la guérison spontanée est exceptionnelle.

Au bout d'un temps variable elle envahit les plans profonds ; rarement elle donne lieu à des généralisations viscérales (foie, poumons, reins, rate, cerveau). Son pronostic immédiat est bénin. Quand elle est localisée à la peau ou au tissu cellulaire sous-cutané, elle guérit aisément avec un traitement approprié.

Dès que les plans sous-jacents sont envahis, son pronostic devient plus réservé et d'autant plus grave que les lésions sont plus profondes.

Dans l'actinomyose cutanée secondaire le pronostic est évidemment subordonné au siège primitif, à l'étendue, à la profondeur des lésions.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Depuis les découvertes récentes sur l'actinomyose, il est nécessaire de songer dorénavant à la possibilité de cette affection pour des lésions inflammatoires chroniques de la face, du cou, des mains, du thorax, de la paroi abdominale, etc. Le diagnostic s'imposera toutes les fois qu'à l'examen macroscopique et microscopique on aura décelé la présence des grains jaunes du parasite dans les produits sécrétés par les foyers actinomycosiques. S'il n'y a encore ni ulcérations, ni fistules, on pratiquera une ponction. Malheureusement il est parfois très difficile, sinon impossible, de trouver les grains d'actinomyose, notamment dans les formes ulcérées anciennes. Dans ce cas, les antécédents du malade, sa profession, le mode de début et la marche de la maladie pourront mettre sur la voie. Mais c'est surtout à l'examen clinique qu'il faudra recourir. Existe-t-il un symptôme pathognomonique de l'actinomyose? Rochet insiste sur l'aspect lisse et uni de la surface cutanée ; les auteurs allemands se basent, au contraire, sur l'existence de sillons et de bosselures au niveau du tégument. Monestié a décrit, au niveau des lésions actinomycosiques, des points ardoisés

ou d'un rouge bleuâtre, de la grandeur d'une lentille, demi-transparents, laissant soupçonner au-dessous d'eux une substance gélatineuse, s'ulcérant parfois pour donner naissance à des fistules. Ces points ardoisés constituent pour cet auteur un signe indubitable d'actinomycose. Qu'aux signes précédents on ajoute la saillie et l'induration presque ligneuse de la tumeur, l'existence de fistules, l'écoulement d'un liquide séro-sanguinolent tenant des grumeaux jaunâtres en suspension, l'absence de fièvre, le siège et la marche chronique de l'affection, on aura ainsi un ensemble de caractères qui feront soupçonner l'actinomycose cutanée; car la constatation clinique et histologique des grains parasitaires permet seule d'en affirmer le diagnostic. Mais il est des cas où l'actinomycose simule des affections diverses : tuberculose, morve, syphilis, etc.); parfois même, les lésions ne ressemblent absolument à rien (Poncet). On conçoit combien le diagnostic est alors difficile, sinon impossible, à moins que l'examen microscopique n'ait révélé l'existence des grains d'actinomyces.

Nous allons maintenant passer en revue les diverses affections avec lesquelles on peut confondre l'actinomycose cutanée.

Lupus tuberculeux. — Se reconnaît aux caractères suivants : le tubercule lupique est superficiellement situé; il se voit par transparence à travers l'épiderme au-dessus duquel il fait souvent une légère saillie. Il est arrondi, brillant, son volume oscille entre celui d'une tête d'épingle et la grosseur d'un grain de millet. Il est jaune rougeâtre; son tissu est mou, friable, très vasculaire; spontanément

il n'est pas douloureux, mais à la pression le malade accuse de vives douleurs. D'ordinaire, les tubercules lupiques se disposent en groupes dont la partie centrale tend vers l'atrophie cicatricielle ou l'ulcération, tandis que la périphérie présente une marche extensive continue. La présence du bacille décelée à l'examen microscopique confirmera le diagnostic. Malheureusement le bacille de Koch se rencontre rarement dans les nodules lupiques; encore faut il, pour arriver à un résultat positif, un examen prolongé. Mieux vaut avoir recours aux inoculations sous-cutanées, intra-péritonéales chez le cobaye ou dans la chambre antérieure de l'œil du lapin. On tiendra compte également des antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels du malade, des manifestations scrofuleuses ou tuberculeuses qu'il pourra présenter du côté des ganglions, de l'appareil respiratoire, etc.

Gommes scrofulo-tuberculeuses intra dermiques. — Elles sont constituées au début par de petites nodosités intradermiques sous-jacentes à une tache rouge livide de la peau. Pas de phénomènes douloureux spontanés, la pression seule est douloureuse. Peu à peu, le mal gagne la surface; les nodosités se ramollissent et s'ouvrent à l'extérieur par un ou plusieurs orifices; des cavités anfractueuses ainsi formées s'écoule un pus séreux mal lié, grumeleux, assez semblable à celui de l'actinomycose. Parfois le mal guérit dans les parties centrales tandis qu'il s'étend à la périphérie; il se forme alors une cicatrice bosselée, inégale et déprimée. Dans certains cas, les portions de tégument intermédiaires aux orifices fistuleux sont détruites: il en résulte une ulcération blafarde,

saignante, à fond bourgeonnant, parfois recouvert de croûtes, à sécrétion visqueuse.

La description précédente rappelle la symptomatologie et la marche de l'actinomycose cutanée. On fera le diagnostic différentiel grâce aux antécédents, à l'âge du malade, à la coexistence de lésions tuberculeuses au niveau des ganglions et des viscères. Enfin, et, dans les gommes scrofuleuses intradermiques comme dans le lupus, la peau seule est prise. L'actinomycose cutanée, au contraire, est rarement primitive; elle est généralement secondaire, de telle sorte qu'à côté des lésions cutanées, il y a presque toujours des lésions des plans profonds : tissu cellulaire sous-cutané ou autre, muscles, etc.

Gommes syphilitiques. — Les antécédents du malade, l'existence dans certains cas d'accidents syphilitiques concomitants, l'évolution rapide des gommes, leur ouverture à l'extérieur unique et circulaire, l'aspect de l'ulcération : bords taillés à pic, fond gris ou jaunâtre, l'écoulement d'un liquide filant presque gommeux, enfin la cicatrisation précoce sont autant de signes qui différencient nettement les gommes syphilitiques de l'actinomycose.

Epithélioma. — Se développe de préférence chez les personnes âgées. Au début, il se présente sous l'aspect d'une fissure, d'une papille hypertrophiée ou d'une croûte sèche. A la période d'état, il est constitué par un ulcère dont le fond anfractueux, bourgeonnant, laisse écouler un liquide citrin, fétide. A la périphérie existe une induration qui pourrait le faire confondre avec l'actinomycose ; mais l'épithélioma s'accompagne toujours d'une infection gan-

glionnaire ; il évolue rapidement et détermine en peu de temps une cachexie très marquée.

Rhinosclérome. — Se distingue de l'actinomycose cutanée et par son siège et par ce fait qu'il n'a aucune tendance à l'ulcération.

Botryomycose. — Sous ce nom, Chambon¹ décrit dans sa thèse une affection parasitaire de l'homme qui n'avait été observée jusque-là que chez les animaux. « Dans nos observations de botryomycose humaine, dit Chambon, le lieu d'élection a été trois fois sur cinq les doigts, la main, régions découvertes, et par cela même, ainsi que par leurs fonctions, plus exposées à l'infection. Dans une seule (Villard) les commémoratifs signalent une piqûre comme ayant précédé d'un mois environ l'apparition de la tumeur ; mais les traumatismes nécessaires à l'inoculation du germe pathogène n'ont pas besoin d'être très violents et peuvent facilement passer inaperçus. » Ces considérations s'appliquent également à l'actinomycose cutanée primitive. Mais, au point de vue clinique, la confusion n'est guère possible. Le botryomycome est une tumeur rosée ou rouge, molle et élastique, généralement pédiculée. A l'examen microscopique l'agent pathogène ou botryomyces se présente sous forme de grains jaunes ; ces grains affectent une disposition en grappe et non étoilée. L'élément primordial est un microcoque de 1 μ de diamètre.

¹ Chambon, *De la Botryomycose humaine* (thèse de Lyon, 1897).

La réunion d'un certain nombre de microcoques forme une colonie primaire entourée d'une capsule hyaline, homogène, brillante. Le groupement de plusieurs colonies primaires constitue le grain jaune. Tous ces caractères différencient nettement la botryomycose de l'actinomycose cutanée.

Psorospermose folliculaire végétante. — Cette affection est caractérisée au début par des croûtes sébacées, à la période d'état par des élevures rouges, lenticulaires, avec un pertuis central répondant à l'orifice du follicule. La pression en fait sourdre un liquide gras, puriforme. Ces élevures bourgeonnent, se confondent et donnent ainsi naissance à des néoplasmes papillomateux dont le volume atteint parfois celui d'une noisette ou d'une noix.

Sous l'influence des frottements, ces derniers s'écorchent, suppurent, se recouvrent de croûtes, exhalent une odeur fétide. Pour faire le diagnostic, on se basera sur le mode de début (croûtes sébacées recouvrant de larges surfaces), l'aspect papillomateux des lésions, leur siège (cuir chevelu, région présternale, flancs, régions périgénitales), l'absence de fistules et l'existence des psorospermies.

Mycosis fongoïde. — Au début, le mycosis fongoïde se présente sous l'aspect de plaques érythémateuses d'un rouge assez vif. Mais ces plaques sont prurigineuses, peu persistantes et ne tardent pas à se transformer en eczéma lichénoïde. Ces trois caractères différencient l'érythème du mycosis fongoïde de l'érythème actinomycosique. Celui-ci d'ailleurs n'existe jamais seul ; il accompagne toujours les autres formes d'actinomycose cutanée.

Plus tard, au niveau des plaques ou à côté d'elles, apparaissent des végétations ou des excroissances qui bientôt constituent des tumeurs inégales, mamelonnées dont le volume peut atteindre celui d'une noix et même d'une mandarine. La peau est sèche et lisse, souvent les poils s'atrophient et tombent. L'affection se termine soit par résolution, soit par ramollissement avec ulcère consécutif. A cette période on écartera l'actinomyose cutanée en tenant compte du mode de début, du siège (tronc, racine et partie interne des membres), de l'aspect framboisé des tumeurs, de leur vascularité extrême et aussi de leur consistance incomparablement moins dure que celle de l'actinomyose.

Dermite perlée à allure clinique actinomyosique. — Cette affection décrite pour la première fois par Rouffiandis¹ présente des symptômes analogues à ceux de l'actinomyose cutanée. Parlant d'une malade qui en était atteinte, l'auteur s'exprime en ces termes : « La partie latérale gauche de la face correspondant à l'angle de la mâchoire, à la branche montante du maxillaire inférieur, était le siège d'un gonflement œdémateux ; deux fistules donnaient issue à un liquide purulent contenant d'innombrables graines jaunes. Le siège tout spécial des lésions, les douleurs, la consistance, la diffusion de l'empâtement, l'absence de ganglions, l'intégrité du squelette, les grains jaunes rappelaient tout à fait l'actinomyose. » L'anatomie pathologique seule permit d'écarter ce diagnostic. Les

¹ Rouffiandis, *Sur une dermite perlée non décrite, à allure clinique d'actinomyose* (thèse de Lyon, 1896).

grains jaunes étaient « constitués par des amas de cellules épithéliales imbriquées, disposées en couches concentriques. » Quant à la tumeur elle-même, les coupes y révélèrent l'existence de globes épidermiques et de perles endothéliales.

Pseudo-actinomycoses. — Guignot¹ désigne sous ce nom un groupe d'affections à marche chronique, ayant toujours quelque analogie clinique avec l'actinomycose, déterminées par des agents pathogènes qui doivent être classés à côté de l'actinomyces, dans le genre streptothrix de Cahn. Laissant de côté les concrétions lacrymales de Fœrster et les pseudo-tuberculoses d'Eppinger qui ne rentrent pas dans notre sujet, nous insisterons sur le farcin, le pied de Madura et la nouvelle mycose à grains jaunes.

Farcin. — L'existence de symptômes généraux dans la forme aiguë suffit pour écarter le diagnostic d'actinomycose cutanée. La forme chronique présente des caractères nettement tranchés : lymphangites, adénites, abcès ; elle se complique le plus souvent tôt ou tard de phénomènes généraux : fièvre et éruption pustuleuse, douleurs musculaires et articulaires, abcès multiples.

Pied de Madura. — La plupart des auteurs anglais ont voulu l'identifier à l'actinomycose. Mais Vincent² a démontré qu'il s'agissait d'une affection différente, due à un parasite du genre streptothrix : le Streptothrix Madura. Cliniquement le pied de Madura se distingue de l'actinomycose

¹ Guignot, *Des pseudo-actinomycoses* (thèse de Lyon, 1896.)

² Vincent, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1894.

cutanée par les symptômes suivants : les lésions sont essentiellement locales ; elles ne présentent aucune tendance à l'extension ou à la généralisation. Les extrémités des membres inférieurs, rarement celles des membres supérieurs sont seules atteintes. Au point de vue bactériologique, la différenciation est encore plus facile. Le streptothrix Madura liquéfie la gélatine, se développe sur sérum, œuf, donne sur pommes de terre de belles colonies denses, mamelonnées, jaunes et blanches cerclées de noir ; ses cultures dans le bouillon de bœuf peptonisé sont abondantes. C'est un anaérobie facultatif ; enfin il est inoculable au lapin, cobaye, génisse. L'actinomyces ne présente aucun de ces caractères.

Nouvelle mycose à grains jaunes. — Cette affection évolue cliniquement comme l'actinomycose. Mais les grains sont ici plus gros, moins durs et moins nombreux que les grains d'actinomyces. Ils n'offrent pas une disposition rayonnée ; leurs filaments dépourvus de masses à la périphérie sont plus longs, plus gros et moins ramifiés que dans l'actinomycose. Enfin ils troublent le bouillon dans lequel ils ont été ensemencés.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Il peut être prophylactique ou curatif.

Traitement prophylactique. — Eviter le contact des animaux atteints d'actinomycose cutanée, panser avec soin toute érosion des téguments si l'on doit approcher des bestiaux malades, se défier des écorchures par les végétaux, pratiquer une toilette soigneuse de la bouche et des dents, interdire la vente des viandes infectées, soumettre les viandes suspectes à une cuisson prolongée; telles sont, en résumé, les principales règles de la prophylaxie de l'actinomycose.

Traitement curatif. — Il est, suivant les cas, médical, chirurgical ou mixte.

a) *Médical.* — Il consiste en l'administration de l'iodure de potassium soit à l'intérieur, soit à l'extérieur sous forme de pommade. L'emploi de l'iodure de potassium a été préconisé en 1885 par un vétérinaire d'Utrecht, Thomassen, chez les animaux atteints de glossite actinomycosique. Plus tard, Nocard, Darier et Gautier, Vitruogo (de Loolle, Néerlande), Von Iterson, de Leyden, Netter,

Poncet relatèrent des cas de guérison avec ce médicament. Sur quatre cas d'actinomycose cutanée, Monestié note trois succès par le traitement ioduré, le quatrième malade étant lui-même en voie de guérison. Mais il faut, d'après cet auteur, administrer l'iodure de bonne heure et à doses suffisantes : 2 grammes par jour à l'intérieur avec ou sans application de pommade au quart jusqu'à guérison complète. Dans les premiers jours, Monestié a noté la production de phénomènes de réaction : les douleurs deviennent très vives, des fistules nouvelles se forment, la suppuration est abondante ; mais bientôt l'état général s'améliore, la tumeur s'affaisse et la guérison survient, parfois tardivement (au bout de trois mois dans certains cas). L'iodure n'exerce aucune action sur la grossesse (Monestié). M. le professeur Poncet administre ce médicament comme dans la syphilis. Il donne au début 2 à 3 grammes et porte progressivement les doses jusqu'à 6 à 8 grammes, taux qu'il maintient pendant quinze ou vingt jours. Puis il suspend le traitement et le reprend une semaine plus tard, si c'est nécessaire.

Comment agit l'iodure de potassium ? Ce n'est pas à titre d'antiseptique qu'il peut amener la guérison, car Nocard a démontré que l'actinomyces se développait très bien dans de la gélatine nutritive additionnée d'iodure de potassium dans la proportion de 1 pour 100. Il est plus probable qu'il agit indirectement sur la lésion en relevant l'état général. Quant à la pommade, elle a peu d'action ; elle est surtout utile comme agent protecteur.

b) *Chirurgical*. — Il consiste en débridements, incisions, excisions, abrasions, curetages, cautérisations, avec ou sans irrigations antiseptiques (sublimé, acide

phénique, teinture d'iode, acide salicylique, nitrate d'argent). Darier et Gautier ont obtenu une guérison par l'électrolyse de l'iodure de potassium injecté dans les tissus malades ; mais des sphacèles se sont produits et ont entraîné des cicatrices. Billroth, à la Société médicale de Vienne (séance du 27 février 1891), a relaté un succès à la suite de 15 injections de tuberculine dans une actinomycose de la partie gauche de la paroi abdominale avec propagation à la vessie. Quatre semaines plus tard, il n'y avait pas de récurrence. Mais cette méthode nous paraît des plus dangereuses et n'est pas à recommander.

c) *Mixte*. — Les foyers d'actinomycose sont traités par les moyens sanglants, tandis que l'iodure de potassium est administré à l'intérieur.

Des traitements précédents, le traitement médical ou ioduré semble compter aujourd'hui le plus de partisans. Nocard le préconise. Monestié considère l'iodure de potassium comme un spécifique. Taburet dit en propres termes : « Le traitement de choix était autrefois chirurgical ; il fallait enlever tous les tissus malades par un raclage énergique, en dépassant les limites du mal afin d'éviter une récurrence. Aujourd'hui, le traitement interne par l'iodure de potassium semble devoir lui être préféré. Pour Raingeard, « l'actinomycose cutanée est une affection essentiellement curable ; les iodures en sont les médicaments de choix ». Nous pensons que la médication iodurée ne saurait être employée indistinctement dans tous les cas. Si elle a donné de nombreux succès, elle est loin d'avoir été toujours active. Elle a ses indications et ses contre-indications. Parmi ces dernières, nous citerons particulièrement les formes torpides, se modifiant, mais

lentement, par l'iodure, les associations microbiennes, les ulcérations (Raingeard), un organisme dégénéré et aussi un haut degré de virulence de l'actinomyces ou une réceptivité excessive de l'organisme (Poncet et Bérard). Au congrès de Saint-Etienne (1897), M. le professeur Poncet et M. le Dr Bérard ont fait justice de cette prétendue spécificité de l'iodure de potassium à l'égard de l'actinomycose et préconisé le traitement mixte de cette affection.

Maintes fois ils ont constaté l'impuissance de l'iodure, notamment dans certaines actinomycoses malignes par la virulence plus grande du champignon ou la réceptivité plus considérable du sujet infecté. Néanmoins ils recommandent l'administration précoce de ce médicament, suivant les mêmes règles que chez les syphilitiques. « Il ne faut pas toutefois, ajoutent-ils, se faire d'illusions sur l'efficacité de ce médicament. Il ne sera souvent qu'un adjuvant utile au traitement chirurgical : débridement, grattage, cautérisations modificatrices, ablation, etc., absolument indiqué toutes les fois que le foyer sera accessible à l'opérateur.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Actinomycose cutanée primitive.

OBSERVATION I

Hartmann, *Actinomycose du nez*. (Obs. II de Tabouret, thèse, Bordeaux, 1893.)

7 mars 1887. — J..., dix-huit ans, cultivateur, présente l'état suivant : sur le nez on voit une tuméfaction dure, brun rougeâtre, du volume de la moitié d'une grosse noix, douloureuse. Tout le visage est enflé, très rouge, les yeux presque clos. Pas d'appétit. Fièvre modérée. On note aussi une vive douleur sur la face interne de l'articulation du métacarpien du milieu de la main droite avec la phalange.

Incision de la tumeur nasale. Il s'écoule très peu d'un pus granuleux, jaune soufre. On pense alors à de l'actinomycose. Le pus examiné au microscope affirme le diagnostic.

9 mars. — On incise la tumeur de la main droite.

13 mars. — La fièvre s'allume tout d'un coup ; douleurs violentes dans l'avant-bras droit.

16 mars. — Gonflement des ganglions axillaires ; puis tout rentre dans l'ordre, de telle sorte que le malade se trouve guéri vers la fin du mois.

Le cultivateur avait soigné, peu de temps avant de tomber malade, un bœuf auquel un vétérinaire avait ouvert un abcès du cou. Comme cet abcès avait de la tendance à se fermer, il avait eu

mission de le presser chaque jour pour en faire sourdre le pus. La mère du jeune homme estime que pendant cette manipulation il lui aura sauté au visage une goutte de pus ou qu'il se sera inoculé en se mettant le doigt dans le nez.

OBSERVATION II (résumée).

(Obs. du D^r Guillemot, de Thiers (Puy-de-Dôme), communiquée par M. le professeur Poncet à la Société de médecine de Lyon, le 12 janvier 1896).

Jeune homme de vingt-trois ans, fait le commerce des fruits du Midi. Vient consulter le D^r Guillemot, le 24 août 1895. Trois mois auparavant, traumatisme à la jambe gauche. Un peu de gonflement consécutif. Il y a un mois, douleurs qui depuis quinze jours sont devenues très vives, surtout la nuit.

Actuellement, dans la région génienne intermaxillaire gauche, immédiatement en dehors du sillon naso-labial, se montre une tuméfaction fluctuante, du volume d'un noyau de pêche, à contours irréguliers avec un prolongement qui empiète en avant sur le sillon naso-labial et le dépasse en haut dans la direction de la branche montante du maxillaire (voir fig. 2 et 3). A son niveau, téguments violacés; pas d'érosions, ni de fistules. Mais les jours précédents, la pression faisait sourdre quelques gouttes de sanie sanguinolente. La collection peut être explorée du côté de la bouche. Haleine fétide. Mauvais état des dents. Tuméfaction des gencives. Le malade n'a jamais souffert de la mâchoire, ni de ses dents cariées, sauf depuis les deux derniers jours qu'est apparue la gingivite (la pommade mercurielle vendue par un pharmacien doit être mise en cause). Cette stomatite s'est d'ailleurs rapidement amendée à la suite de lotions savonneuses chaudes. Outre la collection fluctuante ci-dessus décrite, on constate une légère tuméfaction de la branche montante du maxillaire et un empâtement élastique sur la moitié antérieure du masséter; enfin, à la face interne de la joue, en arrière du point de jonction des sillons alvéolaires géniens supérieur et inférieur le doigt reconnaît quelques



FIG. 2 — Actinomycose cutanée de la joue gauche.



FIG. 3. — Actinomycose cutanée de la joue gauche.

tractus au niveau desquels la muqueuse manque de souplesse et de glissement et qui pourraient laisser supposer que des fistules ont existé ou existent encore à ce niveau.

A la région cervicale, en dehors et à mi-hauteur du sternomastoi'dien, est une tumeur sous-cutanée, arrondie, rénitente et indolore. Elle existe depuis plus de deux ans et a toujours présenté le même volume et la même indolence.

La collection de la joue gauche est ouverte avec une lancette; par une compression assez forte, elle laisse échapper une partie de son contenu qui est très visqueux, mêlé de sang et renferme quelques grains blanchâtres (plutôt que jaunes). Mais le contenu ne s'écoule que très difficilement et, même après des injections phéniquées, la poche ne peut être évacuée en totalité. On croirait qu'une éponge en occupe la cavité, retenant obstinément dans ses mailles les molécules fluides. En outre, les ponctions faites à ce tégument qui paraissait voué au sphacèle se cicatrisent.

Le malade était soulagé; mais le 2 septembre, les douleurs ayant reparu plus vives, il revint trouver le D^r Guillemot. Nouvelle ponction avec la lancette. Par la pression sortit une partie du contenu au milieu duquel se trouvait un couple de grains plutôt blanchâtres. Songeant alors à l'actinomycose sans en porter toutefois le diagnostic, le D^r Guillemot prescrivit l'iodure de potassium. Les douleurs disparurent très rapidement et ne se montrèrent plus dans la suite. Le 2 octobre, du liquide fut recueilli par une nouvelle ponction à la lancette et adressé au laboratoire de la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet. M. le D^r Dor, chef du laboratoire, y trouva des actinomyces.

Le 5 octobre, la petite tumeur sous-cutanée de la région sternomastoi'dienne droite présentait des phénomènes inflammatoires très marqués : son centre était ramolli et la peau avait à son niveau une coloration phlegmoneuse.

L'incision fit apparaître des masses jaunes en abondance, les unes collectées, les autres infiltrées dans le derme. Un échantillon de ces masses fut envoyé au laboratoire de M. le professeur Poncet, mais l'examen microscopique de M. Dor n'y révéla aucune trace d'actinomyces.

Depuis, le malade continue à prendre de l'iodure de potassium par périodes intermittentes de deux à trois semaines consécutives, avec des intervalles de dix jours. Le 20 décembre 1895, il porte encore à la joue une plaque rugueuse et striée d'aspect cicatriciel. Quant à la tumeur du cou, elle avait guéri comme un abcès après incision et grattage sous un unique pansement.

OBSERVATION III

(Luhrs, *Actinomyose de la nuque*. Obs. XIV de Taburet.)

Le malade, valet de ferme, âgé de cinquante ans, avait l'habitude de passer autour de son cou la guide du chariot derrière lequel il marchait. A la suite de cette irritation, toute la peau de la nuque d'un sterno-cléido-mastoïdien à l'autre devient épaisse, dure et rougit. En quatre semaines il voit se former derrière le sterno-mastoïdien gauche une ulcération indolore, au niveau de laquelle on trouve des grains d'actinomyces. Incision, grattage. Guérison.

OBSERVATION IV

(Müller, *Actinomyose de la main*. Obs. IV de Taburet.)

Femme de vingt-huit ans, qui se planta un éclat de bois à la racine du médius droit. La malade croyait l'avoir enlevé en entier. La main gonfle pendant une quinzaine de jours, puis la guérison semble complète, sauf que l'on sentait toujours au point blessé une petite tumeur mobile, indolore, de la grosseur d'un pois. Ce ne fut qu'au bout de deux ans que la tumeur s'enflamma à la suite d'un léger traumatisme.

Incision. — On était peu fixé sur la nature de cette tumeur, lorsque le bistouri arriva dans une cavité pleine de granulations molles, dont il s'écoula des masses actinomycosiques vert jaunâtre.

On trouva dans la plaie un morceau de l'éclat de bois, long de 5 millimètres et large de 1 millimètre, recouvert d'une mince

couche d'une sorte de matière molle, grisâtre, que l'examen microscopique montra formée d'un épais feutrage de filaments dont quelques uns à extrémité claviforme. Guérison.

Actinomyose cutanée secondaire.

OBSERVATION I (Résumée).

Actinomyose de la face (Darier et Gautier,
Ann. de dermat. et syphil., juin 1891).

Femme de vingt-cinq ans, cuisinière. A toujours eu une bonne santé. Au mois de janvier 1890, abcès dentaire au-dessus de la deuxième incisive supérieure droite, laquelle est le siège d'une carie qui en détruit le quart antérieur.

En octobre 1890 apparaît à la joue droite une petite tumeur sous-cutanée qui s'accroît rapidement, envahit la peau et s'ouvre comme un abcès. En même temps d'autres nodules se forment autour du premier et subissent la même évolution.

Envoyée à Fournier au mois de décembre. Etat général excellent malgré une grossesse de cinq mois. La lésion occupe la joue droite depuis les paupières jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur et de la pommette au sillon naso-génien. A son niveau la peau est d'un rouge violacé, recouverte en certains points de larges squames. La région est peu saillante dans son ensemble ; mais on y remarque une demi-douzaine de mamelons, quelques-uns ulcérés à leur sommet et recouverts de croûtes. Au palper, dureté ligneuse dépassant sur les bords les limites de la tumeur qui est nettement adhérente au maxillaire supérieur. Douleurs spontanées modérées ; douleur très vive à la pression. Ganglions indemnes. Electrolyse d'iodure de potassium injecté. Cicatrisation.

Dans le pus gommeux on trouve des actinomyces.

OBSERVATION II (Résumée).

(*Actinomycose thoracique*, in Raingeard, thèse de Paris, 1895.)

G... Charles, âgé de six ans. Père tuberculeux. Mère bien portante. A quatorze mois, convulsions. A trois ans et demi, fièvre typhoïde avec toux qui, depuis, n'a jamais complètement guéri. Fut surpris plusieurs fois, allant étancher sa soif dans l'écurie, avec l'eau contenue dans les seaux où buvaient les chevaux. Dans cette écurie, il y eut en 1895 ou à la fin de 1894 un cheval atteint de toux et d'une éruption cutanée.

En juillet 1895, chute à la renverse d'une hauteur de 30 centimètres. Une semaine après apparut une scoliose à convexité gauche ; en même temps un abcès gros comme une noisette se développa sur le bord interne de l'omoplate et vers son milieu. Audessous se produisit une tumeur qui s'ouvrit spontanément et laissa écouler un pus grumeleux. Traitement par l'iodure de potassium et l'incision : il sortit un pus jaune et bien lié. La cicatrisation suivit sa marche normale, mais tout autour du champ opératoire apparurent des tumeurs nouvelles ; les ganglions axillaires se prirent et sur l'épaule du même côté se montrèrent des trainées noueuses d'aspect singulier. Un abcès dans l'aisselle gauche fut ouvert et donna du pus en assez grande quantité. Pas de fièvre. L'enfant fut alors envoyé à l'hôpital Saint-Joseph, le 4 janvier 1896, avec le diagnostic hypothétique de farcinose.

Examiné à son entrée, le malade présente dans la région dorsale des nodosités séparées par des espaces de peau saine et groupées en deux tuméfactions distinctes. La tumeur gauche est ovale, longue de 9 centimètres, large de 4. La peau est surélevée, paraît normale ; elle est parsemée de nodosités formées de deux parties : l'une périphérique représentée par un soulèvement des couches superficielles de la peau, l'autre centrale, à peu près circulaire, constituée par une cuticule violacée tellement mince qu'elle laisse voir par transparence des grumeaux jaune rouge

mobiles dans un liquide séreux très peu abondant ; on perçoit une fluctuation douteuse en ces points. Ces tumeurs ne paraissent pas communiquer les unes avec les autres, ni avec la tuméfaction qui les supporte. La tuméfaction droite mesure 8 centimètres de haut en bas et 6 cm. 1/2 de large. C'est un vaste plateau saillant. A côté de tumeurs à peau violacée, saillantes ou non, on voit quelques ulcérations, les unes à fond jaunâtre, à bords décollés et violacés ; les autres taillées comme à l'emporte-pièce. Ces ulcérations semblent communiquer dans la partie profonde du derme. La peau de la région est toujours normale ; elle est mobile, décollée ; à la partie inférieure surtout, on sent une fluctuation profonde.

Les ulcères laissent suinter un liquide à peine purulent et en faible quantité. En dehors de ce groupement principal, on voit cinq plaques au-dessous de l'extrémité inférieure de la cicatrice. Placées sur deux lignes verticales, elles sont ovoïdes, régulièrement découpées dans la peau ; elles présentent 1 à 2 centimètres de long sur 1 de large. Elles ne forment aucune tumeur sur la paroi et leur surface modifiée se continue sans ligne de démarcation avec la peau saine. Tantôt lisses, tantôt irrégulières, avec ou sans points jaunâtres, elles sont d'un rouge parfois très vif, sèches et parcheminées au toucher.

A l'union de l'épaule et du cou, où un abcès volumineux avait été ouvert, on voit trois cordons parallèles ; ils partent sensiblement de la tumeur dorsale gauche. Ils ont une direction commune pendant 5 à 6 centimètres, puis divergent ; pour aboutir, l'un à l'acromion, les deux autres à une plaque sternale. Ils sont formés d'une série de renflements limités à l'extérieur par une peau translucide, violacée. On aperçoit par transparence un ou deux grains jaunâtres qui flottent dans un liquide séreux. Autour de cette cuticule, sur 1 millimètre environ, la peau rouge relie ces nodosités.

Sous l'aisselle du même côté se voit un cordon analogue aux précédents, à convexité antérieure, long de 5 à 6 centimètres. Là encore un abcès s'est ouvert et il existe une fistule qui suinte légèrement.

Sur la région sternale, au point où aboutissent les cordons de l'épaule, au niveau du manubrium, on voit deux ou trois ulcérations à bords irréguliers, non décollés, à fond jaunâtre, séparées par une peau violacée. Peu de suppuration.

Au niveau de ces lésions cutanées, la peau est d'une sensibilité extrême. Les hémorragies se produisent facilement.

A l'examen des poumons : matité vers le milieu du poumon gauche, respiration exagérée à la base du poumon droit, souffle très accentué à la partie postérieure et moyenne du poumon gauche. Toux faible. Crachats rares et spumeux.

Cœur, foie, rate normaux. Les ganglions cervicaux et cruraux ne sont pas sentis. Réflexes rotuliens exagérés. En février, les lésions dorsales droites tendent à s'agrandir ; du côté du sternum, une tache rouge vif envahit peu à peu le derme.

7 mars. — A la suite de recherches bactériologiques, le diagnostic d'actinomycose cutanée est posé définitivement. Le traitement ioduré est établi. Cependant les ulcérations sternales s'agrandissent.

Dans la région dorsale droite les ulcères s'étendent de plus en plus tandis que les lésions gauches finissent par disparaître. L'état pulmonaire ne varie pas.

9 mars. — Etat somnolent qui se continue les jours suivants. Diarrhée assez abondante. Vomissements intermittents.

3 avril 1896. — Mort.

4 avril. — Autopsie.

Dans le poumon gauche, noyaux indurés ayant au centre des petits grains d'actinomyces.

Points jaunes actinomycosiques dans les méninges médullaires.

Liquide fétide avec quelques actinomyces dans la cavité pleurale gauche qui communique avec la fistule située à gauche du sternum, au niveau du troisième espace intercostal.

OBSERVATION III (résumée.)

Actinomybose de l'abdomen. (In von Bonsdorff, *De l'actinomybose chez l'homme*, 1894.)

Homme âgé de dix-sept ans. Une infiltration indurée semblable à un fibrome s'était produite dans le grand droit de l'abdomen. On en fit l'excision et il se trouva que c'était de l'actinomybose. L'infiltration s'étendit ensuite dans la partie inférieure de la paroi abdominale. Mort. On trouva à l'autopsie que le foyer primitif de l'infection était dans l'S du côlon et qu'il y avait des métastases dans l'intestin grêle, le foie et les poumons.

CONCLUSIONS

L'actinomycose cutanée peut être primitive ou secondaire.

L'actinomycose cutanée primitive est rare. Elle succède à des érosions ou des plaies cutanées qui sont la voie d'entrée de l'actinomyces s'implantant et se multipliant ensuite dans le derme. La structure de la peau, sa densité paraissent constituer pour le parasite un mauvais terrain, tandis qu'il trouve au contraire dans le tissu cellulaire lâche sous-cutané ou autre les meilleures conditions de développement. Aussi l'actinomycose cutanée est-elle généralement secondaire. Elle résulte le plus souvent alors d'une pénétration de l'actinomyces à travers la muqueuse buccale ou de son arrivée jusqu'à la peau par continuité de lésions actinomycosiques profondes parfois viscérales : envahissement de la paroi thoracique par des lésions pleuro-pulmonaires, envahissement de la paroi abdominale à la suite de typhlo-appendicite etc. ; en un mot, l'actinomycose cutanée procède rarement d'une embolie lymphatique ou sanguine ; elle s'étend dans le plus grand nombre de cas par lésions progressives des tissus, alors que les plans sous-jacents : tissu cellulaire, muscles etc., sont le siège de lésions plus ou moins diffuses.

Quant à la lésion primitive, elle est constituée par un nodule très semblable au follicule tuberculeux de Köster.

L'actinomycose cutanée présente plusieurs types cliniques qui expliquent du reste sa confusion, avec le lupus, les scrofulides malignes, en résumé avec les lésions bacillaires cutanées. C'est ainsi qu'on observe des formes maculeuse, érythémateuse, vésiculeuse et nodulaire : cette dernière est de beaucoup la plus fréquente. Ces formes se combinent généralement du reste les unes avec les autres pour constituer des formes associées. L'érythème complique le plus souvent la forme nodulaire.

Nous avons pu recueillir dans la littérature chirurgicale 9 observations d'actinomycose cutanée primitive; en y ajoutant l'observation personnelle recueillie à la clinique de M. le professeur Poncet (Obs. du Dr Guillemot), le chiffre total s'élève à 10.

Le pronostic de l'actinomycose cutanée primitive est bénin : dans certains cas, cependant, il peut devenir relativement grave par l'envahissement plus ou moins considérable des tissus sous-jacents. Dans l'actinomycose cutanée secondaire il est naturellement subordonné au siège primitif, à l'étendue, à la profondeur des lésions.

Quant au diagnostic, il ne peut être affirmé que par la constatation clinique avec examen histologique concomitant des grains jaunes. Le seul point que nous désirions mettre en relief au point de vue du diagnostic, c'est qu'il faut dorénavant songer à la possibilité de l'actinomycose pour des lésions inflammatoires chroniques de la face, du cou, des mains, du thorax, de la paroi abdominale, etc. S'agit-il de lésions actinomycosiques, il sera prudent d'administrer l'iodure de potassium comme si l'on avait

affaire à une lésion syphilitique ; mais il faudra la plupart du temps, suivant la pratique de M. Poncet, associer au traitement médical un traitement chirurgical qui consistera en la destruction aussi complète que possible des foyers inflammatoires par de larges incisions avec drainage et pansement à plat, curetage etc.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET

Vu :

LE DOYEN,
LORTET

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉCUE, De l'actinomycose (thèse, Paris, 1892).
- BÉRARD, Gazette des Hôpitaux, mars 1896.
- BERTHA, Quelques cas d'actin. (Wiener medic. Woch., n° 35, 1888).
- BRAATZ, Zur actin. Zweigbacterien im Harm (Saint-Petersb. med. Woch., n° 14 et 15, 1888).
- CORNIL et BABÈS, Les Bactéries, 3^{me} édition, 1890.
- DARIER et GAUTIER, Un cas d'actin. de la face (Ann. de dermat. et de syphil., 1891).
- DERVILLE, Société de sciences médicales de Lille, 1895.
- DUBREUILH et FRÈCHE, Sept cas d'actin. dans le Sud-Ouest (Ann. de dermat. et de syphil., 1895).
- DUBREUILH et SABRAZÈS, Soc. d'anat. et phys. de Bordeaux, 1893.
- EMMERICH ULMANN, Ueber Actin. Wiener med. Presse, 1888.
- GUERMONPREZ et BÉCUE, Actinomycose, Paris, 1894.
- GUIGNOT, Des pseudo-actinomycoses (thèse, Lyon, 1895).
- HARTMANN, Contrib. à l'étude de l'actin. (Allg. med. centr. Zeitung, 1888).
- HOCHENEGG, Actin. de la peau de la face (Centralblatt f. Bacterien, 1889).
- ILLICH, Beitrag zur Klin. der Actin. (thèse, Vienne, 1892).
- KAPOSI, Du mycosis fongoïde et de ses rapports avec d'autres aff. analogues (Wiener med. Woch., 1887).

- LEGRAIN, Un cas d'actin. de la face (Ann. de dermat. et syphil. 1891).
- LESER, Trois cas d'actin. primitive de la peau (18^me congrès de chirurgie, 1889. — Centr. f. Chir., n° 29).
- LUHRS, Contrib. à l'étude de l'actin. chez l'homme (Inaug. dissert. Göttinger, 1889).
- MONESTIÉ, Actinomycose cutanée (thèse, Paris, 1895).
- MÜLLER, Infection actin. par un éclat de bois (Breslauer. Aertzliche Zeitung, 1888).
- NETTER, Soc. médicale des Hôpitaux, 1893.
- NOCARD, Acad. de méd., Paris, 21 août 1888.
- PARTSCH, L'act. de l'homme au point de vue clinique (Volkmanns Samml. Klin. Vort., n° 306, 1888).
- PAWLOWSKY et MAKSOUTOW, Ann. de l'Inst. Pasteur, 1893.
- PONCET, Lyon médical, 1896.
- PONCET et BÉRARD, Actinomycose humaine, particulièrement en France (Cong. Saint-Etienne, 1897).
- PRINGLE, Med. chir. (Trans. LXXVIII, 1895).
- RAINGEARD, Des manif. cutanées de l'actin. (thèse, Paris, 1896).
- ROGER, Chap. actin. (Traité de méd. de Charcot, Bouchard et Brissaud, tome I, 1892).
- TABURET, Contrib à l'étude clin. de l'actin. cutanée chez l'homme (thèse, Bordeaux, 1893).
- THIRIAR, Un cas d'actin. (Mercredi méd., 15 juillet 1891).
- TILANUS, Actin. de la face (Centralblatt f. Bacteries, II, p. 576).
- VINCENT, Ann. de l'Institut Pasteur, 1894.
- VON BONSDORFF, De l'actin. chez l'homme, 1894.

TABLE

INTRODUCTION.	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique. — Etiologie.	9
Historique.	9
Etiologie.	10
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.	16
I. Forme érythémateuse	16
II. Forme vésiculeuse.	16
III. Forme nodulaire	17
IV. Formes mixtes.	20
CHAPITRE III. — Étude clinique. — Marche et pronostic.	22
Étude clinique.	22
Symptômes locaux.	22
I. Forme érythémateuse	22
II. Forme vésiculeuse.	23
III. Forme nodulaire	24
IV. Formes associées	27
Symptômes généraux	28
Marche. Pronostic.	29
CHAPITRE IV. — Diagnostic	30
Lupus tuberculeux	31
Gommes scrofulo-tuberculeuses intra-dermiques.	32
Gommes syphilitiques	33
Épithélioma	33
Rhinosclérome	34

Botryomycose	34
Psorosperme folliculaire végétante	35
Mycosis fongoïde	35
Dermite perlée à allure clinique actinomycosique. .	36
Pseudo-actinomycoses.	37
CHAPITRE V. — Traitement	39
Traitement prophylactique	39
Traitement curatif	39
CHAPITRE VI. — Observations.	43
Actinomycose cutanée primitive.	43
Actinomycose cutanée secondaire.	47
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE.	57

